Dr. med. Philipp Saur
FA für Urologie, Andrologie – Med. Tumortherapie

Name, Vorname:
Geburtsdatum:

Bitte vor der ersten Behandlung ausfüllen und bei der Anmeldung abgeben!
Ggf. Rückseite benutzen

Kontaktdaten: _____ _____
Telefon/Mobil eMail

Krankenkasse: _____

Beruf:_____

Grund des Besuchs: _____
_____

Vorerkrankungen der Nieren, der Blase oder der Genitalien:
_____

Voroperationen: _____

- Leiden Sie an akuten oder chronischen Erkrankungen des Herzens oder der Lunge (z.B. Herzinfarkt, COPD, Lungenembolie): NEIN
- Wenn JA, welche:_____
- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein oder liegt bei Ihnen eine Blutungsneigung vor:_____
- Sonstige Krankheiten (Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, Bluthochdruck usw.):_____
- Allergien oder Arzneimittelüberempfindlichkeit:_____
- Schwangerschaft: NEIN JA , welcher Monat:
- Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein: NEIN JA
- wenn ja, bitte führen Sie auf welche, oder lassen uns einen Medikationsplan zukommen:_____

Datum: Unterschrift